

様式第 4 号(第 6 条関係)

太良町後期高齢者医療保険人間ドック等検査費助成事業交付請求書

年 月 日

太良町長 様

申請者住所
氏名 印

太良町後期高齢者医療保険人間ドック等検査費助成事業に係る助成金として、
太良町後期高齢者医療保険人間ドック等検査費助成事業実施要綱第 6 条の規定
により提出書類を添えて、下記とおり請求します。

記

1 請求金額 円

2 振込先

金融機関名・支店名	
種目・口座番号	普通・当座
フリガナ	
口座名義人	

3 提出書類

- ① 医療機関等で支払った検査受診料の領収書
- ② 検査結果表
- ③ その他町長が必要と認める書類